

沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院
護理科系學生獎學金申請書

附件一

姓名		出生日期	年 月 日	照片
身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
聯絡電話	電話:()	手機:		
戶籍地址				
聯絡地址				
就讀學校		電子信箱		
學制	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 大學		年級	
請依序排列檢附資料：				
<input type="checkbox"/> 1.在學證明正本乙份。 <input type="checkbox"/> 2.前一學年在校成績單及操行成績證明正本乙份。 <input type="checkbox"/> 3.自傳。 <input type="checkbox"/> 4.護理科系學生獎學金服務合約正本(乙式貳份)。 <input type="checkbox"/> 5.身分證正反面影本乙份。 <input type="checkbox"/> 6.申請人個人金融機構帳戶封面影本(匯款用)。				
申請人簽章:		申請日期: 年 月 日		
法定代理人簽章:				
以下由醫院填寫				
收件記錄	<input type="checkbox"/> 資料齊全 <input type="checkbox"/> 須補件(上述應附文件代碼)_____ 補件通知: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 電子信箱,聯絡人: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他_____ 聯絡日期: 年 月 日			
審核結果	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 建議_____			
院長	教學副院長	管理中心	教學研究部	護理部
1.更改姓名者請在旁註明並檢附新版身分證影本(舊名及新名)以方便作業。 2.學校及系別請寫明全名;無關證件免送。 3.郵寄掛號至: 33069 桃園市桃園區建新街 123 號護理部收 電話:(03)361-3141 分機 3702				